Rok XXIX. Kraków, 14 Czerwca 1890. Nr. 24.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowe wskazanie do operacyi Wladimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.

Podał
Dr. Gabryszewski,
II. asystent tejże kliniki.

Wszelki nowy zabieg chirurgiczny, który pozwala zachować kończynę lub część jéj tylko, dotąd na utratę skazywaną, był i jest uważanym jako postęp w chirurgii; nie ulega bowiem wątpliwości, że nawet tak drobnéj pozostałości stopy jak przy Pirogowie żadna proteza nie jest w stanie choremu zastąpić. To też z zajęciem przyjęto wiadomość o ogłoszonéj w r. 1881 nowéj metodzie osteoplastycznéj resekcyi stopy, która przy odpowiednich wskazaniach miała zastąpić odjęcie podudzia i dać choremu do chodu zdatniejszą kończynę [1]). Kiedy Mikulicz, który nosząc się już dawniéj z myślą zrobienia takiéj operacyi, wykonał ją raz pierwszy na człowieku żywym i opisał swój nowy sposób operowania, podał jako wskazania do tego rękoczynu: 1. Gruźlicę stopy ograniczającéj się do kości piętowéj, skokowéj i stawu skokowego. 2. Znaczne ubytki skóry w okolicy pięty (wrzody). 3. Zranienia szczególnie postrzałowe, druzgocące piętę i jéj otoczenie. Wkrótce cały szereg prac przekonał o dobrych wynikach téj operacyi i podniósł jéj zalety, ale stwierdził zarazem, że operacyja ta, o ile z jednéj strony odpowiedziała lub może przeszła oczekiwania, z drugiéj strony cokolwiek zawiodła nadzieje. Co do wskazań, to czas miał nie tylko stwierdzić praktycznemi wynikami wysnute teoretycznie wskazania Mikulicza (podobne dal Wladimirow), ale podać sposobność do nowych.

Mikulicz zrobił swą operacyję raz pierwszy z powodu owrzodzenia kilakowego w okolicy pięty i jéj okolicy. Wskazanie to pozostało jak dotąd odosobnionem i jedynem, za to gruźlica, którą sam postawił na pierwszem miejscu i planie, okazała się wskazaniem najczęstszem i najodpowiedniejszem, bo nawet wkrótce pokazało się, że z powodu gruzlicy stopy operacyja podobna już przed wielu laty wykonaną została.

W r. 1884 zwrócił na zjeździe w Kopenhadze Sklifosowski [2]) uwagę, że prawie w taki sam sposób przed dziewięciu jeszcze laty operował jeden przypadek Wladimirow i sposób swój opisał i przedstawił na zjeździe lekarzy i przyrodników w Kazaniu. Operował zaś bardzo podobnie do Mikulicza z powodu gruźlicy kości piętowéj i stawu skokowego i miał dobry wynik. Nie zastanawiając się bliżéj nad różnicami obu operacyj, każdy przyzna z Fischerem [2]), że sposób Mikulicza łatwiejszem cięciem i lepszym przystępem przewyższa Wladimirowa, a dodać trzeba wraz z Mikuliczem [3]), że i lepszym wynikiem funkcyjonalnym, bo bez wygięcia palców prostopadle do podeszwy w stronę grzbietową stopy, licho bez protezy możnaby chodzić i licho chodził jeszcze po roku pacyjent Wladimirowa.

Prócz tego przypadku zestawił Fischer [4]) jeszcze 14 przypadków operowanych sposobem Mikulicza z powodu gruźlicy stopy, a dzisiaj ciągle nowe przybywają. Tak w statystyce Zezasa [5]) na 19 przypadków jest 16 z powodu gruźlicy. Bauerhahn [6]) przytacza trzy nowe przypadki, z tych dwa gruźlicze. W najnowszem zaś zestawieniu Butra [7]) na 34 przypadków wszystkich wypada 26 operowanych z powodu gruźlicy. Prócz tego w naszéj klinice operowano 8 przypadków z powodu gruźlicy, a w szpitalu św. Ludwika również kilka. Wyniki bezpośrednie gojenia, jako też funkcyjonalne były przeważnie dobre, nie spełniły się tylko nadzieje Mikulicza co do radykalności operacyi, bo było kilka nawrotów choroby, w każdym razie niegorzéj można tu rokować niż

[1]) *Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie.* 1881, II. Heft. — [2]) G. Fischer: *Zur osteoplastischen Resection des Fusses nach* Wladimirow-Mikulicz. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* 1885, I i II zeszyt.— [3]) P. w. — J. Mikulicz: *Zur Prioritätsfrage der osteoplastischen Resection am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie* 1886, I zeszyt. — [4]) P. w. — [5]) Zesas: *Zur Casuistik der osteoplastischen Fussresection nach* Wladimirow-Mikulicz. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1886, III zeszyt. — [6]) *Beiträge zur Würdigung der Resectio pedis osteopl. nach* Wladimirow-Mikulicz. *Deut. Zeitschrift f. Chirurgie* 1888, 5 i 6 zeszyt. — [7]) *Centralblatt f. Chirurgie,* 1889, Nr. 15.

przy innych resekcyjach, bo przystęp daje ta operacyja doskonały. Powrócimy jednak jeszcze do téj sprawy przy omówieniu innych naszych przypadków.

Co do trzeciego wskazania do téj operacyi, a jeszcze przez Mikulicza podanego, spostrzegamy je dwa razy tylko, raz w zestawieniu Zesasa, raz w pracy Bauerhahna. Rozchodziło się tam w pierwszym przypadku o urazowe zdarcie wszystkich części miękkich na pięcie i zmiażdżenie kości piętowéj, skutkiem czego wykonał operacyję Wladimirowa-Mikulicza Nichaus[1]). Z powodu zmiażdżenia *calcanei et tali* wraz z otwarciem stawu skokowego i stawu Choparta operował również Rose[2]). Tu trzebaby zaliczyć i wszystkie rany postrzałowe, dla których już pewnie osteoplastyczna resekcyja stopy w ostatniéj wojnie była wykonywaną, ale nie ma o tem żadnego sprawozdania.

Nie długo czekać trzeba było, aby nastręczyły się nowe wskazania do operacyi Wl.-Mikulicza. Reussen[3]) wykonał ją w przypadku źle zgojonego skomplikowanego złamania podudzia około kostek; prawa stopa była tu w położeniu stopy końskiéj ustawioną bagnetowato na zewnętrznéj stronie podudzia. Sklifassowski[4]) użył raz osteoplastycznéj resekcyi stopy w przypadku mięsaka, wychodzącego z okostnéj kości piętowéj[5]), w statystycznem zaś zebraniu przypadków u Butra[6]) znajdujemy trzy razy nowotwory podane jako powód operacyi osteoplastycznéj stopy.

Do trzech więc postawionych przez Mikulicza przybywa jako wskazanie czwarte: przypadki źle wyleczonych złamań podudzia około kostek i jako piąte: przypadki złośliwych nowotworów kości piętowéj i pięty.

Przypadki objęte czterema ostatniemi wskazaniami zdarzać się mogą tylko rzadko, jak to już doświadczenie okazało, pierwsze zaś wskazanie: gruźlica, która w stopie tak chętnie się rozwija, należy do najczęstszych, przy operacyi Wl.-Mikulicza rzec można uprzywilejowanych wskazań.

W tym roku nadarzył się nam przypadek, który naprowadził prof. Rydygiera na myśl wykonania operacyi Wladimirowa-Mikulicza na stopie zdrowéj, celem przedłużenia kończyny skutkiem podwójnéj resekcyi w kolanie znacznie skróconéj.

Przypadek ten i z innych względów ciekawy tak się w krótkości przedstawia:

S. T., dziś 17-letni chłopiec, operowanym był d. 5-go marca 1883 r., a więc przed 6 przeszło laty z powodu *gonitis fungosa*, a mianowicie wykonano na nim resekcyję prawego kolana sposobem Volkmanna. Dziedzicznego obciążenia ani objawów gruźlicy ogólniejszéj nie można było wykazać, natomiast stwierdzono znaczną bezkrwistość i wybitne ślady przebytéj krzywicy. Przebieg gojenia był prawidłowy, tylko przy jednym z późniejszych opatrunków w trzy tygodnie po operacyi zwrócono uwagę na lekkie przygięcie kończyn w stawie kolanowym. Aby temu zapobiedz założono odpowiednią szynę, a w miesiąc później gips, w którym chory zaczął się przechadzać. Nakoniec 30 maja, więc blisko w trzy miesiące po operacyi, wypuszczono chorego z nogą prostą i ze stawem kolanowym silnie zrośniętym i zupełnie nieruchomym, zaopatrzonego tutorem do domu.

Chory blisko rok nosił tutor, a gdy z niego, jak się sam wyraża wyrósł, odrzucił zdarty tutor i chodził bez żadnego podparcia.

Po niejakim czasie zauważył, że noga mu się w kolanie nieco zgięła, nie zwracał na to jednak uwagi i nawet w laskę się nie zaopatrzył. To też w nadzieji, że mu się noga więcéj już nie zegnie, doprowadził z czasem do stanu takiego, że gdy się zgłosił w marcu 1889 r. do naszéj kliniki, miał nogę zgiętą w stawie kolanowym pod kątem mniéj lub więcéj 60°, a że nie używał ni laski, ni kuli, więc chodził jak wahadło raz unosząc się, raz opadając do zupełnego przysiadu na ziemi.

Wówczas to prawa jego noga w całości wychudzona i w stanie kolanowym zupełnie nieruchoma (*ankylosis*) okazywała skrócenie blisko 6 cm. (chora kończyna 83, zdrowa 89 ctm.).

W takim stanie rzeczy wykonano u chłopca tego, w owym czasie nieźle odżywionego, powtórną resekcyję zgiętego kolana dnia 20 marca 1889 r., przyczem wycięto klin, którego podstawa ku przodowi zwrócona wynosiła 10 ctm. Nogę wyprostowano, ustalono pod opatrunkiem aseptycznym szyną dodatkową i ułożono na szynie Petita.

Oczywista przy takim sposobie operowania (a nie było innego, bo świeżo na zjeździe chirurgów w Berlinie podany sposób Lauensteina nie był nam znanym jeszcze), należało się spodziewać bardzo znacznego skrócenia operowanéj kończyny i tak się też okazało, bo chora noga była teraz o 12 przeszło ctm. krótszą od zdrowéj. Aby więc przedłużyć biednemu chłopcu tak skróconą kończynę, powziął prof. Rydygier myśl zrobienia na niéj operacyi Wladimirowa-Mikulicza. To też gdy w trzy tygodnie po operacyi zmieniono opatrunek i stwierdzono rychłozrost, zaproponowano choremu operacyję, która mu miała dać dogodniejszą do chodu nogę; a gdy się chory na nią zgodził, wykonał Prof. Rydygier dn. 9 maja osteoplastyczną resekcyję stopy, trzymając się przepisu Mikulicza, ale oszczędzając ile możności szkieletu kostnego, a więc ścinając tylko płaszczyzny stawowe kości podudzia, przepiłowując *os naviculare* i *cuboideum*.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rychłozrost zupełny, a w 5 tygodni po operacyi zaczął chory robić pierwsze próby chodzenia, oczywista przy pomocy dobrze przymocowanéj szyny i laski. W kilku tygodniach nabrał tak znakomitéj wprawy, że nie tylko szybko chodził, ale biegał całemi godzinami po dziedzińcu klinicznym i chwalił sobie niesłychanie ten nowy sposób swobodnego poruszania się, jakiego od kilku lat nie zapamiętał, czołgając się formalnie po ziemi. Zoperowana zaś kończyna okazała się przedłużoną przeszło o 3 ctm.

Nie ulega wątpliwości, że to przedłużenie nieznaczne i na pozór mało warte. Pomijając jednak to, że przy odpowiedniéj modyfikacyi sposobu operowania Wladimirowa-Mikulicza można otrzymać przedłużenie znaczniejsze, trzy centimetry jest już różnicą nie do lekceważenia, a kończyna o 9 ctm. tylko krótsza od zdrowéj, będzie o wiele sprawniejszą do chodu niż o 12 ctm. krótsza.

Nadto noga po resekcyi osteoplastycznéj przedłużona ma jeszcze inne zalety. Jak się Adelmann wyraził, jest to „żywe szczudło[1]), które ma jednak tę właściwość, że styka się na znacznéj przestrzeni ziemi i to powierzchnią sprężystą, którą stanowią główki śródstopia i palce nogi, a do samego punktu podparcia przebiega w jednym kierunku tak, że człowiek stojący na osteoplastycznie resekowanéj stopie ma nogi od stawu biodrowego do podstawy prostą. To też o ile stopa po Wladimirowie Mikuliczu nie przeszkadza do swobodnego zginania nogi w kolanie podczas chodu z powodu elastycznéj podstawy swojéj, o tyle znowu jest bardzo dogodną dla nogi w kolanie resekowanéj, a do tego krótszéj:

[1]) Zesas: *Zur Casuistik* etc. p. w. — [2]) Bauerhahn: *Beiträge zur Würdigung* etc. p. w. — [3]) *Centralbl, f. Chirurgie* 1885. — [4]) Bauerhahn p. j. w. — [5]) Podobny przypadek mieliśmy w tym roku w naszéj klinice, ponieważ jednak mięsak w okolicy pięty w kość nie drążył, przeto poprzestaliśmy na wycięciu nowotworu w granicach zdrowych i wyskrobaniu kości, a ubytek pokryliśmy skórą podudzia nogi zdrowéj. — [6]) *Centralblatt f. Chirurgie* p. j. w.

[1]) Zdaje mi się, że nazwanie stopy po osteoplastycznéj resekcyi żywem szczudłem, które sam Mikulicz nazwał słusznem, jest za słabe, żadne bowiem szczudło nie jest w stanie dać choremu tak giętkiéj, pewnéj, a co najważniejsza woli posłusznéj podpory i sądzę, że Bauerhahn bardzo trafnie i dowcipnie wyraził się, gdy powiedział: „*Es ist doch einzusehen, warum ein* „*Mikulicz*“ *nicht ebenso leichtfüssig werden könnte, wie ein Ballettänzer vom Fach mit dem sogenannten Ballengang!*“

uwalnia bowiem chorego od brzydkiéj i niedogodnéj protezy, t. j. pozwala mu się bez niéj albo zupełnie obejść, lub zastąpić ją estetyczniejszą. Jest to bardzo ważne, szczególniéj dla biedaków, którzy nie mogą o protezie zawsze pamiętać, odmieniać ją i o nową się starać, lub ich na nią po prostu nie stać; a chodząc bez protezy przy skróceniu kończyny rychło przy chodzeniu na palcach się nużą, lub narażają na rozliczne szwanki (skolijoza, kontraktura mięśni łydkowych, zgięcie kolana jak w naszym przypadku itp.[1]).

Dodatkowo zaznaczyć muszę, że spodziewaliśmy się nieco znaczniejszego przedłużenia stopy, szczególniéj przy takiem oszczędzaniu szkieletu stopy, jak to czyniliśmy w opisanym przypadku. To też wraz z prof. Rydygierem robiłem próby na trupach, jakie największe przedłużenie otrzymać można i doszedłem do takiego wyniku, że największe przedłużenie, jakie się da osiągnąć na średniéj wielkości nodze, wynosi 5 cm. Aby je otrzymać, należy operacyję Mikulicza nieco zmienić, a mianowicie cięcie tylne prowadzi się nieco niżéj od dolnego przedniego brzegu malleolów, a stąd prowadzi się cięcie strzemiączkowe wprost na dół. Odpadają więc cięcia środkowe Mikulicza, które łączą części tylne i strzemiączkowe naprzód wysunięte, a całość przypomina jakby odwróconego Pirogowa. Z kości odpiłowują się kości udowe tuż nad powierzchnią stawową *tibiae*, a z kości stopy odcina się tylko część kości piętowéj i skokowéj; że jednak kierunek przepiłowania przebiega ze względu na cięcie zawsze nieco skośnie, przeto trzeba skórę w górnéj szczególnie części *tali* silnie hakami odsuwać. (C. d. n.)

II. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris)*.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23.)

Naukę liszaja żrącego posunął naprzód dopiero Friedländer[2]) od czasu Virchowa, odkąd tenże wykazał pośród niego utkanie nie różniące się niczem pod względem anatomicznym od utkania gruźliczego. Według Friedländera w skład pojedynczych ognisk wchodzą i komórki olbrzymie Langhansa i komórki przybłonkowate obok drobnych, okrągłych, na obwodzie ułożonych. I pierwszy Friedländer oświadczył, iż budowa anatomiczna liszaja żrącego odpowiada w zupełności utkaniu gruźliczemu.

Następnie badania Rozalii Idalsohn[3]) wykonane w pracowni Langhansa stwierdziły słuszność zapatrywania Friedländera. Idalsohn badając liszaj żrący na błonie śluzowéj dochodzi do następujących wyników: Przybłonek w największéj liczbie przypadków nie ulega zmianie. Punktem wyjścia tego procesu patologicznego jest zawsze sama błona śluzowa, a wszelkie zmiany w przybłonku jak i w błonie podśluzowéj są wtórorzędnéj przyrody; mogą istnieć lub nie. Zawsze w częściach obwodowych procesu chorobowego znajduje się naciek drobny, komórkowy, pod którym w środku widoczne są komórki przybłonkowate i olbrzymie. Naczynia ulegają zarośnięciu. Prawdopodobnie punktem wyjścia jest tkanka łączna. Komórki przybłonkowate i olbrzymie powstają z komórek drobnych i okrągłych, jużto przez powiększenie się takowych, jużto przez zlewanie się kilku w jednę. Anatomicznie liszaj żrący przedstawia to samo utkanie, co i gruzełek gruźliczy.

Do podobnych wyników dochodzi i Baumgarten[1]) Według niego w liszaju żrącym pod drobnowidem obraz jest podobny do gruźlicy, ale nie taki sam, jak w gruźlicy typowéj i dlatego tenże odłącza pojęcie liszaja żrącego od gruźlicy zaliczając proces liszaja żrącego do tak zwanych ziarniaków (*granulomata*). I tu wytwarzają się ogniska złożone z komórek okrągłych, drobnych, z przybłonkowatych i olbrzymich o postaci jużto okrągłéj, jużto owalnéj, jużto maczugowatéj. Przez zlewanie się pojedynczych gruzełków powstają rozleglejsze nacieki. Punktem wyjścia jest tkanka łączna około naczyń. Tkanka jednak liszaja żrącego obfituje w mnogie naczynia krwionośne i w liczne komórki olbrzymie, i nie ulega zserowaceniu, lecz zawsze owszem okazuje dążność do zabliźnienia się, wytwarzania tkanki łącznéj zbitéj, przeciwnie jak gruźlica.

Badania Jamiessona[2]) i Grefberga[3]) nietylko że nie przedstawiają nic nowego, lecz nawet nie zaznaczają dokładniejszéj i subtelniejszéj budowy utkania liszaja żrącego.

Tak stoi rzecz co do utkania liszaja żrącego.

Wobec tak różnorodnych wyników badania histologicznego utkania liszaja żrącego postanowiłem zająć się tym przedmiotem. Materyjał otrzymywałem za łaskawem zezwoleniem prof. Dra Rosnera i doc. Dra Zarewicza z oddziałów kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w Krakowie, z chorych dotkniętych cierpieniem liszaja żrącego od kilku miesięcy do kilkunastu (15). Do badania drobnowidowego wycinałem w każdym przypadku z miejsc najświeższych guzków jeszcze nie rozpadłych i późniejszych rozpadłych, owrzodziałych lub w części się zabliźniających. Cząstki z tych kawałeczków powycinanych zużywałem do badania histologicznego, podczas gdy resztę pozostałą materyjału otrzymywanego przeznaczyłem do wywołania eksperymentu na zwierzętach, to jest do przeszczepiania. Wszystkich przypadków badałem 15. Cząstki przeznaczone do badania histologicznego stwardniałem częścią w wyskoku, częścią w 0·5% kwasie chromowym i następowo dopiero w wyskoku; ostatecznie zatapiałem w celloidynie. Skrawki mikrotomowe w jednéj części badałem co do utkania histologicznego, w drugiéj co do obecności mikroorganizmów. Cięcia wykonywałem w kierunku prostopadłym do powierzchni.

Do barwienia w celu wykazania budowy utkania liszaja żrącego używałem przeważnie roczczynu ałunowego hematoksyliny, gdyż w ten sposób uzyskiwałem najlepsze obrazy. Roczyn hematoksyliny przysposabiałem sobie każdym razem świeżo według przepisu Böhmera w ten sposób, iż wlewałem do roczczynu wodnego 1% ałunu tyle kropli z roczczynu wyskokowego hematoksyliny (1:30·00), aż póki nie wystąpiło pożądane zabarwienie niebieskie, i następnie wkładałem doń

---

[1]) Dziwnem się wyda, że 1887 r., kiedy operacyja Mikulicza zyskała już sobie ogólne uznanie, znalazł się ktoś, który ją z gruntu potępił. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w Bernie powiedział tamtejszy lekarz i bandażysta Dr. Schenk (*Schweizer Correspondenzblatt* 1887) z okazyi swego odczytu „o protezach“, że należałoby osteoplastyczną resekcyję stopy absolutnie zarzucić, daje bowiem kończynę, która pod względem funkcyjonalnym i estetycznym porównaną być może ze złem szczudłem co najwięcéj. Sztuczna zaś noga po amputacyi podudzia zastępuje zdrową nogę tak znakomicie, że wszelkie operacyje w stawie skokowym uważa za zbędne, jeżeli nie szkodliwe. Trzeba przyznać, że mechanika w ogólnym postępie nie zostaje w tyle, ale na przesadne twierdzenie Schenka najlepszą odpowiedź dają sami chorzy; gdyby im dano wolny wybór, nie wiele swych świetnych szczudeł sprzedałby pan bandażysta.

[2]) Virchows-Archiv. *Uiber locale Tuberculose.* Bd. 60 i Volkmanns Verträge 64. — [3]) *Ueber Lupus d. Schleimhäute, Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermat.* p. 122 r. 1882.

[1]) *Ueber Lupus u. Tuberculose besonders der Conjunctiva.* Virchows Archiv. Bd. 82 r. 1881 i Bd. 84. — [2]) *Ein sehr ausgebreiteter Fall von Lupus.* 128; *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1880. — [3]) *Lupus essential. Tuberc.*; idem 1883.

skrawki na przeciąg 2—3 zazwyczaj godzin, poczem takowe wyjmowałem i wkładałem do wyskoku absolutnego z domieszką kwasu pikrynowego na kilka godzin. Do wyjaśniania preparatów używałem olejku goździkowego, do przechowania zaś balsamu kanadyjskiego. W ten sposób postępując otrzymywałem preparaty dwubarwne, wyraźne, gdzie tło zabarwione było jasno-żółto, a komórki, głównie ich jądra, ciemno-niebiesko, o ostrych i wyraźnych zarysach.

Badania moje, ograniczające się do przeszło 400 preparatów, doprowadziły mnie do następującego wyniku: Proces liszaja żrącego przeważnie ogranicza się do saméj skóry; tkanka podskórna zazwyczaj jest wolna. W przypadkach najświeższych widoczne są w głębszych warstwach tkanki skórnéj ogniskowe sploty gęsto ułożonych komórek wypustkowatych tkanki łącznéj, stanowiące gęstą siatkę, obok drobnych ognisk, w skład których wchodzą przeważnie komórki przybłonkowate, mniéj komórki drobne, okrągłe. Komórki przybłonkowate są dość duże, o granicach nieregularnych, okazują oprócz pierwoszcza dobrze rozwiniętego duże jądro owalne, pęcherzykowate z jąderkami niejednostajnie się barwiącemi. Komórki drobne o kształcie okrągłym posiadają duże jądro, prawie całą komórkę wypełniające, i otoczone są drobnym rąbkiem pierwoszcza, słabiéj się barwiącego. Sploty powyższe tkanki łącznéj komórkowéj znajdują się w pobliżu naczyń, okalają na około takowe lub rozpościerają się wzdłuż przebiegu takowych, tworząc tym sposobem ogniska jużto większe, jużto mniejsze w przestworach naokołonaczyniowych. Naczynia krwionośne są o wiele liczniejsze, widoczny ich niepomierny przybytek pośród nowego utkania. Ściany naczyń drobnych wlosowatych okazują miejscami zgrubienia skutkiem wytworzenia się pokładu komórek śródbłonkowych na wewnętrznéj ich powierzchni; przeważnie jednak naczynia krwionośne są porozszerzane i przekrwione. Przyskórek, brodawki skórne w tym okresie nie okazują zboczeń.

W przypadkach dłużéj trwających, skoro już mamy do czynienia z typowym guzkiem na skórze, powyższe sploty ciałek tkanki łącznéj znikają. Ogniskowe pojawienie się tkanki świeżéj, granulacyjnéj, w głębszych warstwach skóry coraz bardziéj ustępuje miejsca naciekowi rozlanemu, składającemu się w częściach środkowych przeważnie z komórek przybłonkowatych i wrzecionowatych, w częściach zaś obwodowych z drobnych, okrągłych. W samym środku powyższych nacieków znajdują się i komórki olbrzymie. Proces powyższy zajmuje już i warstwę naczyniową i brodawkową skóry, choć tu pojawia się tylko ogniskowo.

Ogniska rozleglejsze poprzerzynane są również obfitą siecią naczyń krwionośnych włosowatych, których ściany są jużto prawidłowe, jużto okazują zgrubienia; powstają one przez zlewanie się drobnych ognisk. W skład większego każdego ogniska wchodzą i komórki olbrzymie, których ilość zazwyczaj jest znaczna, dochodzi bowiem 8—10; znajdują się one rzadziéj w środku takowych, częściéj w częściach obwodowych i otoczone są zazwyczaj komórkami przybłonkowatemi i wrzecionowatemi. Komórki te olbrzymie, a raczéj te twory olbrzymie dochodzą znacznych rozmiarów i przewyższają swoją wielkością znacznie komórki olbrzymie, jakie pośród utkania gruźliczego u ludzi spotykamy. Częstokroć zajmują one całe pole widzenia. Kształt ich jest jużto okrągły, jużto owalny, jużto maczugowaty. Wiele z nich wypełnionych jest doszczętnie jądrami o wejrzeniu pęcherzyków z drobnemi jąderkami, różnie co do siły się barwiącemi; inne zaś w pewnéj tylko części okazują jądra, a ułożenie tych jąder, podobnie jak w zwykłéj gruźlicy, różnie się zachowuje; grupują się one bowiem albo tylko w częściach przyściennych, lub też w jednym z odcinków tworu olbrzymiego. Część tworu olbrzymiego wolna od jąder okazuje zazwyczaj utkanie bezpostaciowe, jednostajne, szkliste; rzadziéj zaś drobnoziarniste.

Budowa prawidłowa skóry coraz bardziéj się zaciera. Utkanie włókniste znika przed utkaniem granulacyjnem. Gruczoły łojowe skórne zanikają. Pojedyncze brodawki ulegają jużto spłaszczeniu, jużto nadmierniéj się rozwijają, przerastają, przyczem pośród nich widoczne są charakterystyczne ogniska liszaja żrącego.

Warstwa przyskórkowa w tym okresie różnie się zachowuje. Zazwyczaj sieć Malpighiego silnie rozwinięta i w postaci czopków rozgałęziających się i łączących ze sobą wsuwa się popod utkanie skóry tak, iż na niektórych preparatach widoczne jest istne rusztowanie z takowych, pośród którego znajdują się ogniska powyższe tkanki granulacyjnéj, silnie unaczynionéj. Ten znaczny przerost miejscami przyskórka w głąb ognisk liszaja żrącego polega głównie na wybujaniu warstwy kolczastéj *(stratum spinosum)*. Pokładu ziarninowego przyskórka (*stratum granulosum*) miejscami zdaje się brakować, podczas gdy na innych preparatach jest on widoczny i okazuje silniejszy rozwój. W miejscu pokładu przeźroczystego (*stratum lucidum)* zazwyczaj można napotkać masę skrzepłą, drobnoziarnistą, zawierającą ciałka morfotyczne krwi, która w niektórych miejscach tak jest nagromadzoną, iż przychodzi do oddzielenia pokładu zrogowaciałego przyskórka od sieci Malpighiego. Pokład rogowaty (*stratum corneum*) przyskórka zazwyczaj dość gruby, okazuje miejscami ciałka opisane już przez Biesiadeckiego i Pagenstechera. W innych przypadkach warstwa przyskórka jest ścieńczałą, pojedyncze warstwy pośród niéj nie okazują wyraźnego rysunku, a miejscami cały przyskórek pooddzielany od warstwy brodawkowéj. Tu i owdzie pośród utkania granulacyjnego liszaja żrącego w powierzchownych warstwach skóry można zauważyć twory okrągłe, żółtawe, koncentryczne, zrogowaciałe, przypominające w zupełności ciałka Waldeyera.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału kiłowo-skórnego kobiecego szpitala powszechnego we Lwowie.

Aristol w leczeniu chorób kiłowych i skórnych.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

Niestety często sprawdzają się słowa lekarza francuskiego Doyona o lekach nowych, bardzo zalecanych, jako niezwykle w pierwszéj chwili skutecznych, że przestają one wkrótce po wprowadzeniu do terapii być skutecznemi. Mimo przekonania, że wszelkie zachwalania należy przyjmować z wielką oględnością, wyczytawszy doniesienie o wielkiéj skuteczności aristolu (połączenia jodu z tymolem) podane przez Dra Eichhoffa (w *Monatshefte f. Dermatologie* Nr. 2, t. X.) postanowiłem robić tym lekiem doświadczenia. Rozporządzając obfitym materyjałem nietrudno mi przyszło robić na raz szereg doświadczeń, z których pokrótce zdam sprawę bez przytaczania szczegółowych historyj chorób, uważając przytaczanie tychże wobec bezskuteczności aristolu za zbyteczną. A gdy moje doświadczenia zgadzają się zupełnie w ostatecznym rezultacie z doświadczeniami prof. Neissera, o których tenże sumienny badacz zdał sprawę w *Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1890, tem śmieléj podaję je do pu-

blicznéj wiadomości. Może po ogłoszeniu prof. Neissera mogłoby się obyć bez podania rezultatów moich doświadczeń dokonanych w oddziale kiłow. skór. kobiet, gdy jednak dotąd w naszem lekarskiem piśmiennictwie prócz Dra H. Święcickiego (o działaniu aristolu w ginekologii, *Nowiny Lek.*, Nr. 9, 1890) nikt nie ogłosił doświadczeń robionych w terapii chorób skórnych, uważałem za obowiązek stwierdzić, że w obec pozornego postępu i odkrycia nowego środka nie pozostaliśmy bezczynnymi. Zbiegiem okoliczności w tymże czasie, kiedy doniesienie o skuteczności aristolu w *Monatshefte f. Dermatologie* się pojawiło, miałem na oddziale kilka przypadków tocznia (*Lupus*) i, w co oddział zawsze obfituje, kilka przypadków późnéj kiły z objawami wrzodzącemi. Ma się rozumieć, że z pośpiechem przedewszystkiem w powyżéj przytoczonych przypadkach zastosowywałem aristol w maści 10%, jak ją Dr. Eichhoff zaleca, a kto wie, ile pracy leczenie toczniów wymaga, ten usprawiedliwi chęć robienia doświadczeń przedewszystkiem w toczniach. Niestety przekonaliśmy się bardzo wcześnie a z żalem o zupełnéj nieskuteczności tego środka tak w tych przypadkach, w których maści bez poprzedniego skrobania złogów chorobowych używano, jakoteż i w tych, w których je skrobaniem usunięto. Po tym zawodzie powróciliśmy do maści resorcynowéj lub plastru mydlanego z balsamem peruwiańskim (5%), których rezultat nawiasem mówiąc o wiele jest korzystniejszym, niż rezultat otrzymany przez zastosowanie maści aristolowéj. W przypadkach, w których używano ostréj łyżeczki, gojenie pod wpływem jodoformu ran powstałych po skrobaniu było nieporównanie szybsze, niż przy użyciu maści aristolowéj.

O wiele lepszy rezultat otrzymano w przypadkach późnéj a wrzodzącéj kiły, a jakkolwiek zdaje się wypływać z szeregu doświadczeń, że aristol nie przewyższa działania jodoformu, zasługuje użycie aristolu dlatego na pierwszeństwo przed jodoformem, że maść aristolowa, jakoteż sam proszek jest zupełnie bezwonny.

Aristolem leczono cztery przypadki łuszczycy (*Psoriasis*) i we wszystkich okazał się on bez porównania mniéj skuteczny, niż n. p. maść z chryzarobiną, kwasem pirogalusowym, lub nacieranie dziegciem. Zupełnie ujemny rezultat otrzymano w leczeniu wrzodów tak zwanych miękkich, jużto maścią aristolową 10%, już proszkiem czystym bez wszelkich domieszek.

W dwóch przypadkach leczyłem pierwotne objawy kiły w okresie owrzodzenia i w obu przypadkach gojenie o wiele powolniéj postępowało, niż n. p. przy użyciu kalomelu w proszku, pod którego wpływem, jak wiadomo, te owrzodzenia szybciéj się goją, niż pod wpływem wszystkich dotąd zalecanych środków, a którego bezwonność i łatwy sposób zastosowania zapewne wpłynie na częste zastosowanie. W jednym przypadku naciek stwardniały zdawał się w miarę gojenia potęgować i stał się tak bardzo rozległym i nad otoczenie wyniosłym, jakto nigdy nie zdarza się przy użyciu przetworów rtęciowych. W leczeniu dymienic otwartych, a powstałych po wrzodach miękkich, okazał się aristol o wiele mniéj skuteczny, niż jodoform.

Zawiedziony w nadziejach, bo i w przypadkach wyprysku (*Eczema*) połączonych z owrzodzeniami skóry na goleniach okazała się maść aristolowa, bardzo zachwalana przez Eichhoffa, bezskuteczną, używałem maści aristolowéj w zapaleniach przyjądrzy, w przebiegu trypra występujących, jakoteż w ropniach okołocewkowych i wreszcie w powstających dymienicach, towarzyszących jużto owrzodzeniom miękkim, jużto zwykłym owrzodzeniom, n. p. towarzyszącym zapaleniu napletka i żołędzi, a rezultat nie był bynajmniéj korzystniejszy, niż w leczeniu tych chorób innemi przetworami rtęciowemi lub jodowemi. Chorym dogadzała maść aristolowa tylko z tego powodu, że była zupełnie bezwonna i że mniéj drażniła skórę, aniżeli n. p. nalewka jodowa lub maść szara.

W *Journal des Maladies Cutanées et Syphilitiques* Nr. 6 r. 1890 ogłasza Dr. Gaudin z Paryża, że był zadowolony z rezultatów leczenia aristolem w owrzodzeniach żylakowych goleni, w szankrze miękkim, w łuszczycy, w wrzodach kiły pierwotnych i późnych, natomiast, że zawodu doznał w leczeniu tocznia. Potwierdza on więc prawie w zupełności doświadczenia Eichhoffa, z wyjątkiem korzystnego działania w toczniach. Doświadczenia moje niestety nie potwierdzają podania powyższego, również jak doświadczenia prof. Neissera, a co do działania korzystnego w nabłoniaku (*Epithelioma*), o czem Gaudin wspomina, jako o doświadczeniu dokonanem w jednym przypadku przez Dra Brokę, nie umiem nic powiedzieć. Leczyłem nakoniec aristolem za przykładem Schustera (*Monatshefte f. Dermat.*, Nr. 6, t. X) przypadki owrzodzenia przegrody nosowéj i nacieków kilakowych na przegrodzie i w tych przypadkach aristol rzeczywiście okazał się równie skuteczny, jak inne przetwory jodowe, a w praktyce prywatnéj dla swéj bezwonności wygodniejszy. Miałem zamiar podawać aristol wewnętrznie i w tym celu uprosiłem prof. weterynaryi Dra Szpilmana o wypróbowanie tego środka na zwierzętach. Nawiasem wspomnę, że psy aristol do 2 gr. dziennie dobrze znosiły i to powinno było zachęcić mnie do podawania wewnętrznego aristolu. Zaniechałem jednak doświadczeń raz dlatego, że aristol zewnętrznie podawany zawiódł moje oczekiwania, a powtóre dla jego stosunkowo wysokiéj ceny.

Reasumując to, co dotąd powiedziano, wypowiadam przekonanie, że najskuteczniejszym jest aristol jako połączenie jodu w przypadkach owrzodzeń późnéj kiły, ale że i w tych przypadkach nie przewyższa działaniem innych połączeń jodu, szczególnie jodoformu. Zważywszy zaś dość wygórowaną cenę aristolu, należy temu przetworowi nieprzepowiadać długiego żywota w leczeniu chorób skórnych i kiłowych, ale spodziewać się, że powiększy on szereg środków lekarskich bardzo wychwalanych, a prędko zapomnianych.

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Co do 4-téj: Według doświadczenia neuropatologów w nerwicach urazowych ogólnych należy rokować niepomyślnie, o ile pomimo pozornéj lekkości przypadów, pomimo stosownego zachowania i leczenia się choroba postępuje zwolna naprzód i nieznane są przypadki całkowitego wyleczenia (Strümpell l. c. str. 17). Tak samo podaje Vibert (l. c. str. 49), że z chorych, których on obserwował, jeden umarł po wielu latach z następstw obrażenia, drugi popadł w obłąkanie i umarł jako samobójca, dwóch innych we 2 lata po przypadku stało się całkiem niezdolnymi do pracy zawodowéj; co do reszty niema wiadomości; jeden tylko chory po upływie 3 lat przedstawiał niejakie polepszenie, ale był to człowiek, który zrazu nie poniósł był znaczniejszego szwanku i nie był wolny od podéjrzenia, że cierpienie swoje przesadza; również Erichson, jakkolwiek rokuje źle, przytacza

kilka przypadków niezupełnego wyleczenia, ale przypadki te tyczyły się osób, u których nie było objawów mózgowych, lecz tylko rdzeniowe. Najgorszem jest rokowanie w tych przypadkach, w których szybko występują objawy mózgowe wybitne. Ponieważ atoli i klinicyści nie mają w téj mierze dostatecznego doświadczenia, a tem mniéj mieć je mogą lekarze sądowi, ponieważ następnie rokowanie ogólnikowe w praktyce sądowéj żadnego niema znaczenia, bo się rozchodzi wyłącznie o ocenienie przypadku danego, a ocenienie to tylko na podstawie dłuższéj obserwacyi staje się możebnem, więc rzeczą jest znawcy w każdym razie rokować ostrożnie, a stanowczo tylko wtedy, jeżeli miał możność obserwowania badanego przez dłuższy czas, a głównie w dłuższych odstępach.

Co do 5-téj: Jeżeli lekarz sądowy zdołał usunąć wątpliwości dotąd wyliczone, wtedy rozpoczyna się dopiero dlań trudność największa, a tą jest sprawdzenie, czy zachodzi ścisły związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem, które według twierdzenia osoby badanéj miało wywołać chorobę, a chorobą przez badanie sprawdzoną. W wątpliwościach bowiem poprzednio omówionych lekarz sądowy posilkować się może radą i doświadczeniem specyjalistów, których pomocy albo sam żądać może za pośrednictwem sądu, albo sam chory zasięgnąć ją może prywatnie lub sądownie, albo wreszcie chory przedkłada świadectwo tych lekarzy, u których w ciągu dłuższéj zazwyczaj choroby swéj się leczył. Pod względem sprawdzania związku przyczynowego atoli znawca polegać musi na własnem przekonaniu, bo inne jest zadanie jego, a inne zadanie lekarza praktykującego. Ostatni niema ani powodu ani potrzeby niedowierzania choremu, twierdzącemu, że był poprzednio zdrowym, a niedomaga dopiero od chwili doznanego przypadku i ma prawo przypuścić nerwicę urazową, jeżeli objawy chorobowe według jego przekonania odpowiadają obrazowi téj choroby. Lekarz sądowy natomiast, który chorego przedtem albo wcale nie znał, albo przynajmniéj go nie badał, a więc nie znał jego stanu zdrowia, i ma wydać orzeczenie dla stron obydwóch bardzo ważne, bo dla jednéj w każdym razie dotkliwe, ponieważ to orzeczenie staje się podstawą wyroku sądowego, musi być bardziéj niedowierzającym, bo mając przed sobą stronę spór wiodącą, nie może bezwzględnie polegać na jéj zeznaniu Przypuśćmy, że wyrobił sobie nareszcie przekonanie, iż badany jest rzeczywiście chory, że rozpoznał nerwicę, to pytanie jeszcze, czy to nerwica urazowa; a jeżeli nawet wszystko za tem przemawia, że to nerwica urazowa, to znów nasuwa się wątpliwość, czy choroba powstała skutkiem przypadku, który za przyczynę choroby swéj poczytuje chory, lub też czy tenże nie doznał był już dawniéj urazu i czy od tego urazu dawniejszego nie datuje się choroba? Wątpliwość ta tem bardziéj jest uzasadnioną, o ile dotąd właściwie kwestyja nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, jaki uraz może być podstawą i przyczyną nerwicy? Wiadomo, że pierwsi autorowie przypuszczali, że tylko uraz kręgosłupa i rdzenia wywołuje chorobę, później zgodzono się na to, że nierównie częściéj uraz jakikolwiek głowy lub nawet uraz innéj części ciała połączony ze silniejszem wstrząśnieniem jest źródłem cierpienia, a wreszcie przyjęło się zdanie, że nietylko uraz mechaniczny, ale i psychiczny wystarcza; ale w każdym razie twierdzono całkiem loicznie, że bez urazu niema nerwicy urazowéj, ogólnéj lub miejscowéj, mniejsza o to, czy uraz ten pozostawił na razie ślady mniéj lub więcéj znaczne lub czy wywołał szybko objawy chorobowe. Z tego wynika, że w każdym przypadku domniemanéj nerwicy urazowéj szukać musi lekarz sądowy przyczyny koniecznéj, to jest urazu. W sprawdzaniu zaś urazu lekarz sądowy polegać musi zazwyczaj, ponieważ badanie jego późno się odbywa, na zeznaniach świadków lub podaniu badanego samego, co najwięcéj oprzeć się może wyjątkowo na badaniu więcéj osób, przy téj saméj sposobności uszkodzonych i tym sposobem domyślać się, czy i osoba, o którą się rozchodzi, mogła doznać urazu takiego, jaki opisuje: jestto jednak koło błędne i w braku badania przedmiotowego znawca co najwięcéj przyznać może, że nic nie przemawia przeciw wiarogodności podania osoby badanéj, ale z pewnością i stanowczo twierdzić nie może, że obrażenie i jakie nastąpiło.

Nierównie trudniejszą jest sprawa, jeżeli badany jest tak szczerym lub naiwnym, że zajście przedstawia w taki sposób, iż przypuścić należy, że właściwie żadnego nie doznał urazu, ani mechanicznego, ani psychicznego, a mimo to istnienie nerwicy u niego przypuścić wypada na podstawie badania specyjalistów i sądowo-lekarskiego, zwłaszcza, jeżeli zbiór objawów odpowiada obrazowi nerwicy urazowéj, jak to właśnie miało miejsce w przypadku poniżéj opisać się mającym. W takich razach radzą sobie niektórzy, przypuszczając silny wstrząs bez widocznych śladów zewnętrznych; Vibert (l. c. str. 34) nadto sądzi, że w niektórych katastrofach kolejowych głowa doznaje szczególnego rodzaju wstrząśnienia: „*Quand le corps est projeté en avant, la tête, en raison de la* „*position et de la mobilité, est lancée plus violemment que* „*le tronc qu'elle tend en quelque sort à quitter; d'abord portée* „*fortement en avant, elle est arrêtée par le reste du corps* „*dont l'impulsion est moins vive, et il est possible qu'il se pro-* „*duise par suite de ce double mouvement un ébranlement plus* „*violent sur l'encéphale que sur tout autre organe;*" w ten sposób tłomaczy przypadek, tyczący się kawalerzysty, którego koń w szybkim biegu nagle się zatrzymał; jeździec potrafił utrzymać się w siodle, lecz głowa i kadłub jego gwałtownie przechylone zostały naprzód; straciwszy natychmiast przytomność zesunął się z konia, lecz pochwycony przez otaczających tak, że głowa jego wcale z ziemią się nie zetknęła i nie okazywała żadnego śladu obrażenia; nieprzytomność utrzymywała się przez miesiąc, poczem nastąpiło wyzdrowienie na pozór zupełne tak, że jako oficer mógł odbyć kampaniję; powoli atoli zaczęły występować objawy mózgowe, tak, że w kilkanaście miesięcy po przypadku musiał wziąść dymisyję, a wśród ciągle pogorszającego się stanu nastąpiła śmierć po upływie 16 lat od owego przypadku.

Przypuściwszy, że tłomaczenie przytoczone Viberta jest uzasadnione i że w przypadku jego związek przyczynowy niewątpliwie był sprawdzony, to zdarzają się atoli przypadki, w których i o takim pośrednim urazie mowy nie było, a mimo to badany może twierdzić stanowczo, że tylko wskutek przypadku kolejowego zaniemógł. W takich razach nie pozostaje znawcy sądowemu nic innego, jak przedstawiwszy rzecz całą otwarcie, przyznać się do niemożności stwierdzenia związku przyczynowego, jakkolwiek i wykluczyć go stanowczo także nie ma prawa. Brak stanowczości nie czyni lekarzowi sądowemu w podobnych przypadkach żadnéj ujmy z uwagi na to, że nauka o nerwicach urazowych jest jeszcze młodą i niewykończoną i że jeżeli w innych cierpieniach urazowych wątpliwości są nieodłączne od późnego badania, to w chorobie, o któréj mowa, nawet i wczesne badanie rzadko kiedy byłoby w stanie wszystko wyjaśnić. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. A. Samschin (Petersburg): **O istnieniu stafilokoków ropnych w przewodzie rodnym zdrowych kobiet.**

Rozwiązanie pytania, czy w przewodzie rodnym zdrowych kobiet znajdują się bakteryje ropne, jest nadzwyczaj ważne w kwestyi autoinfekcyi po porodach. Pytanie to do dziś dnia dostatecznie rozstrzygniętem nie zostało, a każda praca w tym kierunku podjęta winna być ogłoszoną. Winter znalazł w częściach rodnych kobiecych *staphylococcus aureus, albus* i *citreus*, ale szczepienia tych drobnoustrojów wydały mu w jego doświadczeniach wyniki ujemne; twierdzi więc, że koki te w trakcie rodnym tracą swą siłę trującą. Winter oznacza także fizyjologiczną granicę, która dzieli trakt rodny kobiety na przestrzeń górną wolną od mikroorganizmów i dolną takowe zawierającą. Samschin używał do doświadczeń swych kobiet, które poprzednio stanowczo nie były wewnętrznie badane lub przeplukiwane. Treść do badania była braną zawsze z pochwy, a mianowicie z górnéj $^1/_3$ jéj części. Badał tylko 10 niewiast, a małą tę ilość tłomaczy brakiem materyjału odpowiedniego, t. j. niebadanego poprzednio. Ani w jednym przypadku nie znalazł stafilokoków. Znalezione mikrokoki różniły się już swojem zachowaniem się przy tworzeniu hodowli tak znacznie od bakteryj ropnych, że nawet szczepienie niemi zwierząt było zupełnie zbytecznem. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 16). *Dr. Mendelsburg.*

Patologija.

A. Pick (Wiedeń): **O sercu ruchomem (cor mobile).**

Na podstawie badań, przedsięwziętych w klinice Nothnagla, dochodzi P. do następujących wniosków: 1) nieznaczna ruchomość serca jest zjawiskiem częstszem, znaczniejsza ruchomość serca względnie rzadkiem zjawiskiem; 2) nieprawidłowo ruchome serce znajduje się zarówno u ludzi zresztą zdrowych, silnych, jako prawdopodobnie wrodzona nieprawidłowość, jakoteż przy równoczesnem istnieniu wad sercowych i chorób innych narządów bez widocznego genetycznego związku między temi chorobowemi sprawami i wystąpieniem nieprawidłowéj ruchomości serca; 3) nieprawidłowa ruchomość serca może powstać przez wychudnienie, wywołane, czy to przez chorobę, czy też przez leczenie odtłuszczające (Rumpf); 4) rozpoznanie nieprawidłowo ruchomego serca staje się pewnem przez przemieszczenie uderzenia koniuszkowego, jakoteż przez zmianę granic wypukowych przy zmianie położenia; 5) co do klinicznych objawów nieprawidłowéj ruchomości serca, to stan ten nie sprowadza czasem żadnych dolegliwości, w największéj liczbie przypadków jednak łączy się nieprawidłowa ruchomość serca z biciem serca od czasu do czasu występującem, uczuciem osłabienia i zawrotem podczas biegania i nasilonych ruchów, jakoteż z niemożnością leżenia na lewym, rzadziéj na prawym boku i występującem przytem uczuciem ściskania. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 40). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Wertheimer: **Przyczynek do leczenia swędzenia skórnego ogólnego.**

W. w 3 ch przypadkach świądu skórnego polecił salicylan sodowy (6 łyżek 3% rozczynu dziennie) i w kilku dniach wystąpiło zupełne wyzdrowienie. Jako przyczynę swędzenia uważa Wertheimer nagromadzenie się we krwi i sokach pewnych istot chemicznych drażniących i ztąd najczęściéj swędzenie towarzyszy: cukrówce moczowéj, żółtaczce, przewlekłemu zapaleniu nerek. (*Münch. med. Wochenschr.*, XXX., 44, 1889). *Dr. Süsskind.*

Choroby weneryczne.

Pringle: **O adenoma sebaceum wrodzonem.**

Autor opisuje obserwowany przez siebie przypadek rzadkiego cierpienia skórnego u 25 letniéj pacyjentki, która z powodu zaburzeń w trawieniu szukała u niego porady lekarskiéj. Sprawa chorobowa usadowiona na skórze twarzy, zajmowała z pewną symetryją powieki górne, grzbiet, boki i skrzydła nosowe, oba policzki na dość znacznéj przestrzeni, wargę dolną i brodę, a na wardze górnéj *philtrum.* Część głowy pokryta włosami, kark i uszy były wolne od zmian chorobowych. Wyrzut ten przedstawiał się w postaci białych lub żółtawych, do sago podobnych wyrośli brodawkowatych, dochodził od wielkości główki szpilki do wielkości małego grochu, był płyciéj lub głębiéj w skórze usadowiony. Pojedyncze brodaweczki, jakkolwiek gęsto obok siebie usadowione, były ostro od siebie odgraniczone i nie zlewały się razem; przy nakłóciu szpilką można było z nich wycisnąć białą masę. W ścisłym stosunku z niemi uważał A. drobniutkie naczyniaki żylne, które z brodaweczek przechodziły na części skóry nie zajęte sprawą chorobową, a wreszcie na czole, policzkach, brodzie i nosie rozległe, z przekrwienia pochodzące zaczerwienienie skóry. Zaczerwienienie to miało się zmieniać stosownie do stanu narządów trawienia. Cierpienie to sprawiało choréj, według jéj własnego zeznania, bóle w zimowéj porze.

Badanie mikroskopowe wyciętych chorych kawałków skóry wykazało niezwykłe powiększenie liczby, rozgałęzień i znaczny rozrost gruczołów łojowych.

Wyskrobanie tych tworów ostrą łyżeczką nie udało się, z powodu głębokiego ich usadowienia w skórze, a powierzchowne skaryfikacyje nie nadawały się z powodu znacznego broczenia.

Cierpienie to uważa P. jako sprawę nowotworową wychodzącą z gruczołów łojowych, a dołączając do przypadku przez siebie obserwowanego historyję choroby pięciu podobnych przypadków obserwowanych w szpitalu św. Ludwika w Paryżu dochodzi do następujących wniosków:

1) We wszystkich znanych przypadkach tego cierpienia istotnem znamieniem jest przerost gruczołów łojowych.

2) Ulubionem miejscem jest twarz, a mianowicie te jéj części, na których w normalnym stanie gruczoły łojowe najliczniéj się znachodzą.

3) Cierpienie jest zawsze wrodzonem, lub we wczesnym wieku nabytem.

4) W czasie dojrzewania płciowego często się pogarsza, lub wówczas chorzy najwięcéj uwagi na nie zwracają.

5) Często zachodzi komplikacyja tego cierpienia z cierpieniami gruczołów łojowych innego rodzaju, tak częstemi w tym okresie życia, co jednakże nie jest stałem i koniecznem.

6) Zawsze istnieje równocześnie przerost lub rozszerzenie naczyń w rozmaitym stopniu i podczas gdy w niektórych razach nie zwraca na siebie uwagi, innym razem wydaje się jako główna właściwość cierpienia.

7) Rozszerzenie naczyń występuje oprócz miejsc zajętych sprawą chorobową często i na innych miejscach.

8) Inne zwyrodnienia skóry (brodawki, tłuszczaki, naczyniaki, złogi barwikowe i t. d.) tworzą częste powikłanie, a kombinacyje ich z właściwem cierpieniem są tak częste, że nie można zaprzeczyć możliwości wspólnéj przyczyny takowych.

9) Osoby obarczone tą chorobą skórną zwykle nie dochodzą przeciętnéj średniéj inteligencyi i należą zwykle do klas niższych.

10) Prawdopodobnie kobiety częściéj, niż mężczyźni podlegają temu cierpieniu.

11) Cierpienie jest łagodne i tylko w przypadkach powikłanych wywołuje objawy podmiotowe.

12) Ma dążność do pogarszania się w okresie dojrzewania płciowego, późniéj zaś stoi w mierze; czasem ustępuje powoli pozostawiając płytkie i cienkie blizny, które ostatecznie wygładzają się.

13) Może być usunięte zabiegiem operacyjnym, jednak nawroty w miejscu pierwotnie zajętem zdarzają się. (*Monatsh. f. pract. Dermat.* Bd. X., Nr. 5).

Choroby nerwowe.

Preyer: *Incontinentia urinae* **z powodu** *epilepsia mitis* **wywołanéj przez masturbacyję.**

U dziesięcioletniego, przedtem zdrowego i dobrze rozwiniętego chłopca występowało od 4 roku życia czasem wypadanie kiszki stolcowéj, które po roku trwania ustąpiło. Od tego czasu zauważono powoli, ale stale zwiększające się mimowolne oddawanie moczu podczas dnia, rzadziéj zaś w nocy, chłopiec nie rozwijał się należycie, unikał towarzystwa, skarżył się na znużenie, tępe bóle w głowie, zaparcie stolca i pieczenie w cewce przy urynowaniu. Badanie bliższe wykazuje

słaby rozwój części rodnych, stulejkę, do masturbacyi nie przyznaje się chłopiec, ale podaje, że nie czuje potrzeby oddawania moczu i wcale nie wie, kiedy ten odchodzi, a rodzice podają, że często, gdy idzie ulicą lub robi nagły ruch, n. p. podnosi łyżkę do ust, zatrzymuje się przez małą chwilę, i ma oczy w słup postawione. Z powodu pieczenia w cewce przy urynowaniu badano mocz. Wynik badania był ujemnym. Sondowanie stwierdziło przeczulicę cewki.

Kilkakrotne sondowanie cewki zmniejszyło częstość napadów epileptycznych, usunęło bóle głowy i poprawiło właściwe cierpienie, a chłopiec przyznał się teraz do codziennie powtarzanéj masturbacyi. Operacyja stulejki, codzienne sondowanie i przestrzykiwanie cewki słabym rozczynem *arg. nitr.* za pomocą przyrządu Ultzmanna sprowadziły zupełne wyleczenie. (*Intern. klin. Rundschau* 1889, Nr. 24).

Dr. Kurasiewicz.

Prof. Rumpf: **Przyczynek do symptomatologii nerwic urazowych.**

R. opisuje kilka objawów nerwic urazowych, które ponieważ przedmiotowo wykazać się dają, mają wielką doniosłość rozpoznawczą:

1) Drgania włókienkowe w mięśniu czterogłowym uda *(m. quadriceps)*, które występują po ruchach lub oziębieniu odpowiedniéj odnogi. Najłatwiéj można wywołać te drgania za pomocą działania silnego prądu indukcyjnego na ten mięsień. Bezpośrednio po działaniu tegoż prądu można widzieć drgania pojedynczych wiązek mięśniowych, a drgania te przypominają poruszanie się łanów zboża pod wpływem wiatru. Drgania te w innych mięśniach tylko wyjątkowo obserwować można.

2) Przyspieszenie tętna, gdy uciskamy miejsca bolesne. Przyspieszenie zwykle wynosi 30 do 40 uderzeń na minutę. Przytem tętno staje się mniejsze, a czasem także nieregularne.

3) Zmniejszenie pobudliwości galwanicznéj nerwów, szczególnie nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) i *n. peroneus*. Podczas gdy u zdrowych przy działaniu zamknięciem katody (K. S.) o sile 6—8 M. A. powstaje skurcz tężcowy mięśnia, to w nerwicach urazowych nie powstaje on nawet przy sile prądu 20 M. A. Pobudliwość faradyczna jest niezmieniona.

4) Zaburzenia w czuciu tylko wtedy mają znaczenie rozpoznawcze, gdy istnieją obok tych objawów przedmiotowych i gdy wielokrotnie badane zawsze w ten sam sposób się zachowują. (*Deutsche med. Woch.* XVI. 9. 1890).

Dr. Süsskind.

Medycyna sądowa.

Prof. Dr. Rubner: **Odczynnik na krew zawierającą niedokwas węgla.**

Autor radzi zaprawiać próbki krwi w epruwetkach nie bardzo wąskich 4—5-krotną objętością octanu ołowiowego, a następnie mocno mięszać przez niejaki czas (1 min.), poczem widać różnicę w próbkach krwi. Krew zawierająca niedokwas węgla zabarwia się pięknie czerwono, gdy tymczasem krew zwyczajna pozostaje brunatną. Po niejakim czasie różnica staje się wyraźniejszą, aż krew zwyczajna przyjmie zabarwienie czekoladowe i szarawo-brunatne. Zabarwienie to długo się utrzymuje. Nawet po 3 ch tygodniach były różnice w zabarwieniu, kiedy rurki nie były zatkane, bardzo wyraźne; ponieważ tworzą się osady, przelewa się późniéj płyny w świeże rurki.

Nawet mięszając krew zwyczajną z krwią zawierającą niedokwas węgla, można przy niejakiéj wprawie rozpoznać nawet słabe przymieszki niedokwasu węgla we krwi zawarte; różnicę zabarwienia można stwierdzić jeszcze przy 1 części krwi z niedokwasem węgla na 8—9 części krwi zwyczajnéj. Naturalnie słabe te różnice nie mają przy dochodzeniu sądowem znaczenia.

Inne odczynniki: jak Salkowskiego z kwasem siarkowodowym, daléj próbę Welzla z żelasinkiem potasu i kwasem octowym uważa R. za najtrwalsze (z kwasem garbnikowym nie odbywał prób). Również i jego próba okazała się przydatną. Próby z żelasinkiem potasu i kwasem octowym Welzla, podobnie jak i próba z octanem ołowiowym dawały w rurkach niezatkanych różnicę w zabarwieniu nawet po tygodniach, podczas gdy próba z kwasem siarkowodowym, chociaż daje tak ładną różnicę w zabarwieniu, wśród tych samych warunków wkrótce staje się niewyraźną. (*Archiv für Hygiene*, Bd. X., Heft 3).

Dr. Buszek.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Dok. Patrz Nr. 23).

e) Choroby narządu trawienia.

Z działu chorób narządu trawienia tylko te zboczenia, które są czysto czynnościowe i polegają na błędnéj lub upośledzonéj innerwacyi, dostarczyć mogą wskazań do leczenia alpejsko-klimatycznego; jeżeli są tylko jednym z objawów ogólnego zwątlenia ustroju, miernego stopnia niedokrewności lub zaburzeń ogólnego odżywienia, leczenie ich schodzić się tu będzie z leczeniem podstawy chorobowéj. Wspomnę tu o niestrawności nerwowéj (*dyspepsia n.*, *neurasthenia gastrica*) i o otrętwieniu jelit (*atonia intestinorum*), nareszcie o bólu nerwowym żołądka np. na tle hysteryi (*gastralgia n.*). Sposób działania leczniczego czynników klimatu alpejskiego będzie tu ten sam, jak opisałem powyżéj mówiąc o neurastenii.

Wszelkie stany nieżytowe żołądka i jelit, wrzód okrągły żołądka, rozstrzeń żołądkowa znaczniejsza, zmiany organiczne wątroby, jelit, otrzewnéj stanowią przeciwwskazanie w zastosowaniu klimatu w Zakopanem.

f) Choroby układu nerwowego.

Z chorób układu nerwowego już obszerniéj wspomniane było powyżéj o rozlicznych formach neurastenii. Nadają się daléj do leczenia alpejsko-klimatycznego: wstępny okres uwiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*), równoczesne postępowanie wodolecznicze, porażenie rdzenio-pacierzowe u dzieci i dorosłych (*poliomyelitis anterior subacuta*) po usunięciu uprzedniem wszelkich objawów porażnych lub ostrych, porażenie rdzenio-pacierzowe wstępujące (*paralysis spin. ascendens*) w okresie rekonwalescencyi, porażenia po-błonicowe, nerwobóle na tle zimniczem występujące, niektóre formy hysteryi, atoli bez objawów zadrażnienia i podniecenia, jak drgawki i przeczulica wysokiego stopnia, zadrażnienie pacierzowe właściwe (*irritatio spinalis*) polegające wyłącznie na zmianach czynnościowych, z wykluczeniem wszelkich podejrzanych o zmiany organiczne przypadków, podciąganych sofistycznie pod tę wygodną nazwę celem ukrycia niepewnego rozpoznania, nareszcie niektóre przypadki stenokardii u ludzi zresztą zdrowych i odpornych. Oto wskazania, jakie się nasuwają. Czynnikiem leczniczym będzie tutaj nie co innego, jak systematyczne tonizujące działanie klimatu.

Wszelkie choroby organiczne z objawami podniecenia czy sfery czuciowéj, czy ruchowéj, czy naczynio-ruchowej, padaczka, pląsawica itd. stanowią wyraźne przeciwwskazanie.

g) Choroby zakaźne.

„Czyste“ powietrze jest poniekąd dzielnym środkiem odrażającym i przeciwgnilnym. Nie może tu oczywiście być mowy o leczeniu swoistem chorób zakaźnych, n. p. chronicznych, za pomocą czynników klimatu alpejskiego, jednak gdy nam obecnie wiadomo, że powikłania i cierpienia następowe różnych chorób zakaźnych zawdzięczają swój początek przeniesieniu drobnoustrojów chorobie pierwotnéj właściwych do różnych narządów (jak to doświadczalnie n. p. dla ostrego zapalenia śródsierdzia stanowczo wykazano), więc są również natury pasorzytniczéj, racyjonalnem się być wydaje, że pobyt w atmosferze aseptycznéj, czystéj, drobnoustrojom opornéj, winien być korzystnym w okresie ozdrowienia po chorobach zakaźnych, mianowicie wtedy, gdy już choroba właściwa zakaźna i zmiany miejscowe w zupełności ustąpiły. Temu przypuszczeniu doświadczenie przyklaskuje: rekonwalescentom po durze brzusznym, osutkowym, po błonicy, po płonicy, okazującym potrzebny stopień od-

porności klimat alpejski wybornie służy, tonizującem swem działaniem zażegnywa ostatnie resztki produktów wrogiéj gospodarki drobnoustrojów chorobotwórczych i hartuje tkaniny zwątlone inwazyją tychże.

Zbyteczna dodawać, że ozdrowieńców takich można powierzyć energicznemu klimatowi dopiero wtedy, gdy 1) są ozdrowieńcami w całéj pełni, 2) gdy żadne miejscowe lub ogólne zboczenie nie stanowi przeciwwskazania w téj mierze, 3) gdy już wykluczoną jest wszelka ugruntowana obawa nawet późnych powikłań.

Z własnego doświadczenia znane mi są przypadki ozdrowieńców po durze brzusznym, którzy po kilkotygodniowym pobycie w Zakopanem odzyskali świetny stan odżywienia i wybadalne jeszcze ślady powikłań duru w zupełności postradali, czegoby prawdopodobnie po pobycie gdziekolwiekbądź „w świeżem powietrzu“ tak rychło się nie doczekali byli. Ostrzedz tu należy przedewszystkiem przed zawczesnem wyprawianiem dzieci po odrze nawet starszych do Zakopanego, gdy błona śluzowa oskrzeli jeszcze do zupełnéj normy nie powróciła, chociażby już wcale nie kaszlały; można to uczynić z korzyścią, lecz dopiero po upływie kilku tygodni, licząc od ustąpienia choroby.

Z przewlekłych zakażeń przedewszystkiem zimnica, która w Zakopanem i okolicy nie panuje, w okresie chronicznym, bez napadów, objawiająca się wyłącznie obrzękiem śledziony i niedokrewnością, znajdzie w klimacie alpejskim cenny środek, dopomagający właściwemu leczeniu; również przypadki późne zakażenia kiłowego, objawiające się wyłącznie niedokrewnością i upośledzonem miernie odżywieniem po zupełnem ustąpieniu umiejscowień mogą skorzystać z tego klimatu.

h) Ogólne zboczenia odżywienia.

Blednica (*chlorosis*) w postaci rozwiniętéj, ciężkiéj, o głębszych zmianach krwi bezsprzecznie działaniem klimatu alpejskiego wyleczoną być nie może, gdy swoiste leczenie bezpośrednio skład krwi poprawiające jest koniecznem; przypadki takie do Zakopanego bezwarunkowo się nie nadają, należą one do zdrojów żelezistych.

Lecz przypadki blednicy lekkiéj, jaka w wieku pokwitania zwykle się jawi, lub przypadki dopiero poczynającéj blednicy u osób pochodzących n. p. z rodzin, w których blednica jest dziedziczną, mogą odnieść korzyści z pobytu w klimacie alpejskim. Czystość powietrza, zmienione warunki, wpływ psychiczny przyrody górskiéj będą tu czynnikami zbawiennemi; zbyteczna dodawać, że osoby z blednicą winny tu spokojne prowadzić życie, unikać dalszych wytężających przechadzek itd. Przypadki „blednicy“ pozornéj z utajonemi dotąd zmianami gruźliczemi oczywiście właściwego ocenienia wymagają.

Niedokrewność lżejszego stopnia po chorobach ostrych czy przewlekłych wszelkiego rodzaju, po krzywicy, dnie, chorobie Brighta, cukrzycy, po zupełnem ustąpieniu zmian miejscowych i ogólnych, pierwotnéj chorobie właściwych jako „niedokładna rekonwalescencyja“ pozostała w wielu przypadkach nadaje się dobrze do tonizującego leczenia klimatycznego w Zakopanem, jeżeli odporność ustroju ogólna na to zezwala. Niedokrewność zawisła od podejrzywanych zmian nowotworowych narządów wewnętrznych, n. p. raka, stanowi tu atoli zupełne przeciwwskazanie.

Zbytnia otyłość nie powikłana ze zmianami wątroby i serca natręcza tu także stosowne wskazanie (równoczesne postępowanie dyjetetyczne i wodolecznicze).

Na wszelkie inne choroby krwi i zboczenia ogólnego odżywienia klimat alpejski ani swoistego, ani symptomatycznego wpływu dodatniego mieć nie może.

XIV) Uwagi końcowe.

1) Jak w każdem miejscu leczniczem, tak i w Zakopanem, gdzie goście przenoszą się w odmienne warunki, celem wytchnienia, czy właściwego leczenia się, koniecznem jest przedewszystkiem, aby opuszczali miejsce stałego zamieszkania z tem pełnem przeświadczeniem, że nietylko poczynione zostały tamże wszelkie kroki, aby pobyt ich był ułatwiony, uprzyjemniony, wszelkie środki lecznicze przystępne, lecz także, aby nie byli narażeni na przypadkowe nabawienie siebie i swych rodzin na choroby udzielające się, zakaźne.

Jakżeby smutną ironiją leczenia było udać się do uzdrowiska, celem skrzepienia zwątlonego zdrowia, a w darze za zaufanie w potęgę leczniczą miejsca położone nabawić się jakiéj choroby zakaźnéj.

Wprawdzie choroby zakaźne w Zakopanem i okolicy, jak w odnośnym rozdziale wykazano, do wielkich rzadkości należą — jednak powitać należy energiczny reskrypt c. k. Namiestnictwa krajowego z dnia 18 marca b. r. L. 91.626, zarządzający bardzo dosadne środki ostrożności przeciw zawlekaniu i szerzeniu się chorób zakaźnych w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych. Przy ścisłem wykonani u tych środków możemy obecnie w granicach skuteczności ludzkich zarządzeń ze spokojem powierzyć siebie i swe rodziny korzystnemu wpływowi klimatu, bez obawy, aby willegiatura nasza została zamąconą zawitaniem nieproszonego gościa w postaci jakiéj choroby zakaźnéj.

2) Stacyja klimatyczna obowiązaną jest dozorować budowę i urządzenie domów do wynajęcia przeznaczonych; projekt zaś ustawy budowlanéj dla gmin, przygotowywany właśnie do traktowania ustawodawczego, uwzględni z pewnością wymogi hygieniczne nowoczesne i pogodzi je z warunkami oszczędności, a stawszy się obowiązującym nie mało się przyczyni do assanacyi miejscowéj Zakopanego.

3) Pożądanemby było, aby zostały urządzone w Zakopanem, tak w miejscach otwartych, jak w lesie, chodniki szutrowane, umożebniające gościom odbywanie przechadzek w sposób wygodny; pożądanemiby były liczniejsze altany, dozwalające używać świeżego powietrza przez dłuższy czas lub schronić się na przypadek słoty; pożądanemby było, aby Zarząd stacyi klimatycznéj wyłącznie takie domy i wille przypuszczał do polecającego wykazu mieszkań, które odpowiadają możebnym do urzeczywistnienia wymogom higienicznym, daléj, aby pewna część domów była celem pobytu zimowego należycie urządzoną; aby była mleczarnia pod ścisłym dozorem stacyi pozostająca i daléj wiele i wiele rzeczy byłoby pożądanych n. p. *last not least* bardzoby było korzystnem, aby droga żelazna przynajmniéj do Nowego Targu doprowadzoną być mogła itd., itd. Na to odpowiedzieć muszę starem miejscowem przysłowiem: „Nie odrazu Kraków zbudowano“. Pragnęlibyśmy zapewne, aby Zakopane już teraz dorównywało urządzeniem takim miejscom, jak Interlaken, Meran, Davos, a i Szmeks, sąsiad z przeciwnéj strony Tatr, które już od kilku dziesiątków lat jako „miejsca klimatyczne“ kwitną; lecz kto widział Zakopane przed 10-ciu laty i ponownie je dzisiaj odwiedzi, nie znajdzie się w niem i rad nie rad przyzna, że znakomite zrobiło postępy. Stacyja klimatyczna w Zakopanem jest młodziuchną instytucyją dopiero od 3-ch lat na dobre funkcyjonującą, rozporządzającą dotąd bardzo skromnemi funduszami, lecz na każdem polu, co mogła dotąd zdziałała, jest przeświadczoną o wielu brakach, których usunięcia projekty ma w tece, a o wszelkich potrzebnych na przyszłość ulepszeniach rzetelną ma troskę.

4) Ze względów naukowych byłoby wielce pożądanem:

a) badanie systematyczne na większą skalę chorobliwości mieszkańców Zakopanego i staranne notowanie uzyskanych dat, które po szeregu lat dałyby piękny obraz wpływu klimatu na stan zdrowotny miejscowy (pole działania nader wdzięczne dla lekarskiego doradcy stacyi klimatycznéj).

b) śledzenie postaci i przebiegu gruźlicy, tudzież przebiegu wad sercowych u miejscowych mieszkańców sposobem wytrzymującym naukową krytykę (celem wykazania możebnych różnic w przebiegu);

c) Zbadanie stosunków meteorologicznych punktów Zakopanego wyżéj położonych, n. p. najbliższych, a dostępnych polan, tak w lecie jak w zimie;

d) Badanie wpływu fizyjologicznego klimatu na osoby zdrowe sposobami umiejętnemi, a przystępnemi, o ileby to możebnem było.

e) Zbadanie bakteryjologiczne powietrza w Zakopanem w różnych punktach.

W nadziei, że piękne uzdrowisko krajowe, które było przedmiotem tego pisma, dzięki ustawicznemu postępowi na-

dal wzbogacać i roztropnie wyzyskiwać będzie dary od przyrody hojnie użyczone, na uciechę, podziw i pokrzepienie zdrowym, na ulgę cierpiącym, że tajemnicze dawniéj duchy potęg leczniczych klimatu alpejskiego skutkiem dalszych badań i spostrzeżeń coraz więcéj oblekać się będą w szatę naturalnych czynników fizycznych, zakończam powyższemi skromnemi uwagami niniejszą pracę.

Przytem miło mi złożyć podziękowanie wytrawnym znawcom Zakopanego, WPP. Dr. D. Wierzbickiemu, X. A. Sutorowi i X. W. Rożkowi w Poroninie za wsparcie mnie wielu cennemi datami do Zakopanego się odnoszącemi.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rouvier: O przedwczesnych związkach małżeńskich i ich następstwach.

Podana przez Rouviera (Bajrut, Syryja) krótka statystyka o następstwach nie rzadkich na wschodzie przedwczesnych małżeństw mieści w sobie kilka bardzo pouczających wyników. Przedewszystkiem zestawił na 1400 kobiet 79, które wyszły za mąż przed 15-tym rokiem, a między niemi 23 zawarły związek małżeński przed wystąpieniem regularności. Ze względu na płodność stwierdził, że im wcześniejsze było zamążpójście, tem mniejsza była liczba dzieci, podczas gdy ilość poronień znacznie się zwiększała. 23 przed pojawieniem się regularności zaślubionych kobiet odbyły razem 83 ciąż (po 3 na każdą, liczba dla wschodu bardzo mała), a między temi 22 poronień (26·3%); 16 podczas dojrzałości zamężne przebyły 65 ciąż (4 na jednę), a między temi 12 poronień (18·46%), w końcu pozostałe 40 kobiet, które po wystąpieniu dojrzałości płciowéj, jednak przed 15-tym rokiem wyszły za mąż, były 168 razy ciężarne (czworo dzieci na rodzinę) z 42 poronieniami (25%). 78 niewiast okazywało stany chorobowe, a przedewszystkiem sprawy zapalne macicy i szyjki, jako też zboczenia macicy ku tyłowi. Statystyce powyższéj możnaby tylko tyle zarzucić, że odnosi się tylko do takich kobiet, które z powodu stanów chorobowych szukały pomocy lekarskiéj, ale zmniejszenie płodności, a szczególnie powiększenie się ilości poronień w zawcześnie zawartych związkach małżeńskich jest rzeczą pewną. W końcu wynika z statystyki R., że ogólnie rozpowszechnione przypuszczenie, że regularność na wschodzie występuje znacznie wcześniéj, niż u kobiet europejskich, przynajmniéj dla Syryi nie jest słusznem. (*Annal. de gynécologie* XXXI, p. 185).

Dr. Baschkopf.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 czerwca. Rektorem Uniw. Jag. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. historyi powszechnéj Dr. Wincenty Zakrzewski.

* Ministerstwo Oświecenia reskryptem z d. 30 maja b. r. do l. 10504 zezwoliło na ustanowienie w klinice lekarskiéj Uniw. Jagiell. posady drugiego bezpłatnego elewa.

* **II. Zjazd chirurgów polskich.** Dalsze wykłady zgłosili:

14. Dr. Maks. Wołkowicz (z Warszawy): Demonstracyja preparatów.

15. Dr. Aleks. Rosner (z Krakowa): Eksperymentalne badania nad odrastaniem wątroby po resekcyi częściowéj.

16. Dr. Adam Sterczyński (z Dąbrowy): Przypadek włoskowca gardziela (*mykosis pharyngis leptothritica*).

17. Dr. Gross (Kraków-Iwonicz): Przypadek promienicy u człowieka z przedstawieniem choréj (?), preparatów i królików, którym zaszczepiono grzyb do przodkowéj komórki oka.

18. Tenże: Przedstawienie gorsetów ze szkła wodnego i aparatu do łatwego i wygodnego przyrządzania takowych.

19. Tenże: Nowa metoda resekcyi III-éj gałęzi nerwu troistego u podstawy czaszki, z przedstawieniem objaśniającego preparatu anatomicznego — ewentualnie wykonanie operacyi na trupie.

20. Tenże: Przypadek pierwotnego twardziela krtani.

* Członkowie krakowscy Tow. polskich przyrodników imienia Kopernika we Lwowie utworzyli osobny oddział tego Towarzystwa, a okólnikiem podpisanym przez proff. Bandrowskiego, Szajnochę i Witkowskiego zapraszają lekarzy i przyrodników miejscowych do swego grona.

* **Wiedeń.** Mianowany niedawno następcą Bambergera prof. Kahler (ur. w r. 1849) zachorował ciężko śród objawów porażennych i znajduje się od kilku tygodni w Vöslau.

Prof. Dittel temi dniami obchodził 50-letni jubileusz doktorski, czerstwy na ciele i duchu.

Śledztwo przeciw prof. Brühlowi o obrazę religii, o czem w swoim czasie wspomnieliśmy, zostało zaniechanem dla braku materyjału dowodowego.

* W Cieplicach Trenczyńskich do dnia 31 maja bawiło gości 575; w Cieplicach czeskich zaś do dnia 6 bm. gości 1448.

* **Nekrologija.** W kraju zakaspijskim w miejscowości Czarczui umarł dnia 21 maja radzca stanu Dr. Oskar Heyfelder z zapalenia płuc. Urodzony w Trewirze w r. 1826 uzyskał w r. 1850 stopień doktora w Erlandze, gdzie ojciec jego był profesorem chirurgii. Przeniósłszy się razem z ojcem do Rosyi, był zrazu lekarzem przy teatrach cesarskich, a póżniéj wstąpił do służby wojskowéj. Brał udział jako chirurg we wszystkich wojnach, jak we francusko-niemieckiéj, rosyjsko-tureckiéj, kaukazkiéj, wyprawie Skobelewa do Azyi środkowéj.

Artykuły orygin mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowin. Lek.* Nr. 6: Drobnika: Leczenie wrodzonéj stopy szpotawéj u dzieci (c. d.); Ulatowskiego; O zatrzymaniu moczu i usunięciu takowego sposobem wyssania trójgrańcem włoskowatym; Wicherkiewicza: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorob. w przewodzie pokarmowym. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Świąteckiego: Rzadki przyp. bardzo rozległéj rozedmy podskórnéj; Warmana: Tamponada Dührsenowska przy krwotokach połogowych (dok.) — W *Medycynie* Nr. 23: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.); Seifmana: O poczwarkach pasorzytujących w ustroju zwierzęcym.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dn. 17-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1. Postawiony będzie wniosek komitetu w sprawie uroczystości sprowadzenia zwłok Mickiewicza. 2. Odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Surzyckiego. 3. Wykład kol. Pieniążka.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.